GYNÄKOLOGISCHE BERATUNGSANLÄSSE IN EINER ALLGEMEINPRAXIS AM RANDE EINER GROSSSTADT

Roman Mücke

Diss. Frankfurt 9/87

1984

Aus dem Fachbereich Humanmedizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

GYNÄKOLOGISCHE BERATUNGSANLÄSSE IN EINER ALLGEMEINPRAXIS AM RANDE EINER GROßSTADT

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin des Fachbereiches Humanmedizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Roman Mücke
aus Hindenburg in Oberschlesien

Frankfurt am Main, 1983

Dekan: Prof. Dr. med. H. J. Müller

Referent: Prof. Dr. med. H.- G. Siedentopf

Korreferent: Prof. Dr. med. O. Hövels

Tag der mündlichen Prüfung: 20 Juni 1984

A b s t r a c t

MÜCKE, ROMAN

GYNÄKOLOGISCHE BERATUNGSANLÄSSE IN EINER ALLGEMEINPRAXIS AM RANDE EINER GROßSTADT

In einer Kleinstadtpraxis am Rande einer Großstadt wurden in den Jahren 1971 bis 1975 von 1541 Frauen 887 gynäkologisch beraten, das sind 57,5%. Es fanden 4940 Konsultationen gynäkologischer Art statt, das sind 6,1% aller Konsultationen. An erster und zweiter Stelle der Beratungsursachen stehen: die Krebsvorsorgeuntersuchung mit 25% und gynäkologische Altersbeschwerden mit 21,2% der Konsultationen.
Es folgen: gynäkologische Untersuchungen aus verschiedenen Anlässen mit 12,7%, Kontrazeption mit 11,9%, Ein- und Überweisungen mit 11,3%, Schwangerenbetreuung mit 8,7%, entzündliche Beschwerden des Genitale mit 7,1%, Zyklusstörungen mit 6,9% und Mammaauffälligkeiten mit 6,7%.
21,9% aller oder 35,5% der gynäkologisch betreuten Frauen wurde zum Facharzt ein- bzw. überwiesen. Bei den Überweisungsanlässen spielten: die Weiterbehandlung von Genitalbefunden mit 31,5% und Schwangerschaftsprobleme mit 20,9% die wichtigste Rolle.
Trotz immer geäußerter Bitte um Mitarbeit liegt die Rückentwortquote von niedergelassnen Gynäkologen bei knapp 1%.
Zur Verbesserung des interdisziplinären Informationsaustausches wird vorgeschlagen, nicht nur die Teilgebietsbezeichnung, sondern auch den Namen eines Facharztes auf den Überweisungsschein aufzuschreiben. Nicht antwortende Fachärzte müßten dann mit weniger Überweisungen rechnen.

Der Vergleich der praxisbezogenen Anforderungen im Falle der untersuchten Allgemeinpraxis mit den Prüfungsanforderungen des Gegenstandskataloges für den 2 Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Fassung von 1979) zeigt, daß folgende Themen nicht zu den anfallenden Aufgaben des Allgemeinarztes zählen: Störungen der Ovulation, Infertilität, Störungen in der Frühschwangerschaft, Behandlung von malignen und benignen Tumoren, Endometriose und Entbindung.
Wenn Untersuchungen aus anderen Allgemeinpraxen dieses Ergebnis bestätigen, sollte eine über die Ursachen, Symptomatik und Grundprinzipien der Therapie hinausgehende Erörterung dieser Themen im GK III einer späteren Weiterbildung zum Facharzt vorbehalten sein.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523703_0027

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

I Einleitung

1.1. Definition und Begründung der Thematik 1
1.2. Ziel der Untersuchung 2

II Material und Methodik

2.1. Praxisbezogene Daten 3
2.1.1. Sozialstruktur des Einzugsgebietes verglichen mit dem der benachbarten Großstadt 3
2.1.2. Die Einrichtung der Praxis im Hinblick auf gynäkologische Untersuchungen 5
2.2. Beschreibung und Begründung der angewandten Methoden 6

III Ergebnisse

3.1. Anteil der Gynäkologie am Gesamtmaterial der untersuchten Allgemeinpraxis 10
3.2. Altersstruktur der gynäkologisch betreuten Frauen 11
3.3. Ergebnisse im Einzelnen:
1. Krebsfrüherkennung 12
2. Krebsnachsorge 13
3. Gynäkologische Untersuchungen 14
4. Entzündliche Beschwerden der Genitalorgane 16
5. Zyklusstörungen 17
6. Kontrazeption 18
7. Schwangerenbetreuung 19
8. Gynäkologische Altersbeschwerden 20
9. Lage- und Haltungsauffälligkeiten der Unterleibsorgane 21
10. Befunde am inneren und äußeren Genitale 22
11. Mammaauffälligkeiten 23
12. Op- Nachbehandlung 24
13. Psychosomatik 24
14. Ein- und Überweisungen 25

Seite

3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse 29

3.4.1. Spektrum der gynäkologischen Beratungsanlässe in einer Allgemeinarztpraxis 29

3.4.2. Die Zusammenarbeit des Allgemeinarztes mit dem Facharzt und dem Kliniker 30

3.4.3. Praxisbezogene Anforderungen im Falle der untersuchten Allgemeinpraxis in Relation zu den Themen des Gegenstandskataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung GK III (Fassung von 1979) 31

IV Diskussion und Literaturberichte

4.1. Leistungsspektrum der gynäkologischen Betreuung in der Allgemeinpraxis 33

4.2. Zusammenarbeit des Allgemeinarztes mit Fachgynäkologen und Klinikern 35

4.3. Vergleich der praxisbezogenen Anforderungen im Falle der untersuchten Allgemeinpraxis mit den Prüfungsanforderungen des Gegenstandskataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung GK III (Fassung von 1979) – Interpretation der Ergebnisse – 38

V Zusammenfassung 41

VI Anhang:

Kurzfassung des Teilkataloges:
" Gynäkologie und Geburtshilfe " 43

VII Literaturverzeichnis 47

I Einleitung

1.1. Definition und Begründung der Thematik

Etwa 90% aller Bundesbürger haben einen Hausarzt (7).
Ein langjähriges gegenseitiges Vertrauensverhältnis macht die Allgemeinpraxis zur ersten Anlaufstelle bei einer Vielzahl von Beratungsanlässen.
Aus ihrer patientennahen Stellung erwächst der Allgemeinpraxis große Bedeutung als Bindeglied zwischen den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen und der Bevölkerung.
Ob der Kranke im Rahmen der Möglichkeiten einer Allgemeinpraxis versorgt werden kann, oder ob er spezialärztlicher Behandlung bedarf und überwiesen werden muß, wird hier in einem hohen Prozentsatz der Fälle entschieden (17, 18).

Es gibt aber auch zahlreiche Aufgabenbereiche, die von Allgemeinärzten, von Fachärzten und von der Klinik gemeinsam wahrgenommen werden.
Auf dem Gebiet der Gynäkologie sind dies zum Beispiel: Krebsfrüherkennungs- und Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, hormonelle Behandlung gynäkologischer Altersbeschwerden und Rezeptierung von Ovulationshemmern.

Durch die Überweisung an jeweils spezialisiertere Einrichtungen kommt es dazu, daß bestimmte Fälle in der Allgemeinpraxis selten, in der Klinik relativ häufig gesehen werden, und umgekehrt, daß Krankheiten, die in der Klinik selten vorkommen und nur am Rande mitbehandelt werden, in der Allgemeinpraxis häufig sind und einen größeren Stellenwert einnehmen (7).

Der Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sollte dieser Tatsache Rechnung tragen, und den Umfang der Prüfungsanforderungen über die in der Allgemeinpraxis selten bzw. gar nicht behandelten Krankheiten einschränken.

Meine Untersuchung befaßt sich mit der Fallverteilung in einer Allgemeinpraxis im Hinblick auf das Fach Gynäkologie. Ein Vergleich mit der Fälleverteilung in der Klinik wird erst dann zulässig sein, wenn weitere ähnliche Untersuchungen über Art und Zahl der gynäkologischen Beratungsanlässe in der Allgemeinpraxis vorliegen werden.

Eine ähnliche Problemstellung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde weist eine 1974 erschienene Veröffentlichung von O. Hövels auf (10).

1.2. Ziel der Untersuchung

Das Ziel der Untersuchung ist:

1. Ein Spektrum an gynäkologischen Beratungsanlässen in einer Allgemeinpraxis aufzuzeigen, und auf diese Weise einen Beitrag zur Erfassung der Morbiditätsstruktur an der Basis der ärztlichen Versorgung für die Jahre 1971 bis 1975 zu leisten.
2. Die Zusammenarbeit des Allgemeinarztes mit dem Facharzt und dem Kliniker darzustellen, indem die Frage erörtert wird, welchen Stellenwert die Inanspruchnahme von Spezialisten einnimmt und inwieweit der Allgemeinarzt fachärztliche Informationen über Behandlungsverläufe und -ergebnisse seiner Patienten erhält.
3. Die Prüfungsanforderungen auf dem Gebiet der Gynäkologie, die im Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung von 1979 festgelegt sind, mit dem zu vergleichen, was im speziellen Fall einer Allgemeinpraxis ermittelt werden konnte.

II Material und Methodik

2.1. Praxisbezogene Daten

2.1.1.: Sozialstruktur des Einzugsgebietes verglichen mit dem der benachbarten Großstadt.

Das Material ist den dokumentierten Praxisunterlagen einer Allgemeinpraxis in einer Kleinstadt entnommen worden.

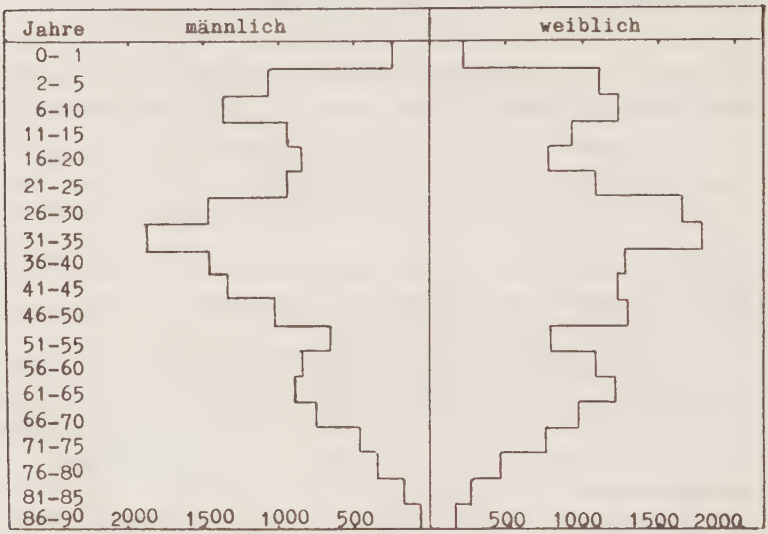
Die rund 35 000 Einwohner zählende Kleinstadt liegt in der Ballungsrandzone einer Großstadt mit 670 000 Einwohnern (alle Daten beziehen sich auf das Jahr 1970).

Der Ausbau einer neuen Wohnsiedlung anfang der 60er Jahre ermöglichte vielen jungen Familien mit Kindern aus der Großstadt den Auszug ins Grüne (20, 21).
Damit ist der hohe Anteil der Kinder bis 15 Jahre von 20,6% (G = Großstadt: 16,1%), der Jahrgänge der 25 bis 35-jährigen von 19,5% (G : 17%) und der relativ dazu geringer gewordene Anteil der Bewohner über 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung der Kleinstadt von 12% (G : 14,6%) verständlich.

Die Geschlechterrelation ist bis zu der Altersgruppe der 45-jährigen ausgeglichen (G : Überwiegen der 21 bis 45-jährigen Männer). Bei den Über-45-jährigen sind durch die im Krieg gefallenen Männer die Frauenanteile sehr hoch (bis 57% eines Jahrgangs). In dieser Altersschicht gibt es 16,7% mehr Frauen als Männer (G : 26,1%), siehe Abb. 1.

An der Erwerbsquote von 47,8% (G : 51,2%) der Erwerbstätigen, sind Frauen mit 32, 1% (G : 38%) beteiligt.
Der Anteil der Angehörigen, Eltern und Ehefrauen beträgt 42% (G : 35,2%), Rentner und Arbeitslose machen 13,2% aus (G : 17%).
Die Landwirtschaft mit 0,6% der Beschäftigten spielt nur noch eine untergeordnete Rolle. Das wirtschaftliche Gewicht liegt im Baugewerbe und verarbeitender Industrie, die 60,8% der Beschäftigenzahl ausmachen (G : 38,3%).
Der Dienstleistungssektor ist mit 37,4% der Beschäftigten verglichen mit der Großstadt (61,6%) nicht so stark vertreten.

Abb. 1.: Altersstruktur und Geschlechterrelation in der Kleinstadt



Dem hohen Auspendleranteil in die Großstadt von 42,9%, in dem vor allem Beamte und Angestellte vertreten sind, steht ein beinahe ebenso hoher Einpendleranteil von Arbeitern gegenüber. So ist es erklärbar, daß der Anteil der in der Kleinstadt wohnenden Beamten und Angestellten den der Großstadt mit 57,5% um 2,4% übertrifft. Die Arbeiter sind mit 30,6% (G : 35,9%) unterproportional vertreten.

Dies spiegelt sich auch in Bezug auf den Bildungsstand wider: in Bezug auf die Gesamtheit der Schulabschlüsse ist der Anteil der Höhere-Fachschule - und Hochschulabschlüsse um 1 bis 2% höher als in der Großstadt.

Der hohe Anteil an 1- und 2-Personenhaushalte (27,7% und 31,7%) läßt ebenso wie in der Großstadt (38,2% und 30%) viele alleinstehende Berufstätige und Zweitwohnsitze vermuten.

Die ärztliche Versorgung übernehmen 10 Allgemeinärzte und 20 Fachärzte, darunter 2 Gynäkologen.
In der Großstadt sind es 340 praktische und Allgemeinärzte und 590 Fachärzte, darunter 76 Gynäkologen.
Die relativ geringe Anzahl von niedergelassenen Gynäkologen in der Kleinstadt ist durch die Nähe der Großstadt (9 km) und den hohen Anteil der ohnehin pendelnden Personen erklärbar.

Die obige Darstellung läßt nicht ohne weiteres auf " großstädtische Verhältnisse " schließen, sie läßt aber Ähnlichkeiten zwischen dem Patientenverhalten in der untersuchten Allgemeinpraxis und dem in einer großstädtischen Allgemeinpraxis wahrscheinlich werden (siehe S.30 : Auf Wunsch-Überweisungen).

Die Allgemeinpraxis, deren Patientenkartei ich auswerten konnte, besteht seit 40 Jahren. Sie weist eine große Zahl von langfristig betreuten Patienten auf.
Pro Jahr werden circa 16 000 ($\pm$ 346) Beratungen durchgeführt, rund 6% davon sind gynäkologischer Art.

2.1.2.: Die Einrichtung der Praxis im Hinblick auf gynäkologische Untersuchungen

Die Räumlichkeiten der Praxis sind so aufgeteilt, daß für gynäkologische Zwecke ein separater Raum von ca 7 m^2 zur Verfügung steht. Die dort befindliche Ausstattung übertrifft bei weitem den für den Allgemeinarzt üblichen Rahmen (12), sie besteht aus:

1. einem gynäkologischen Stuhl
2. einer Liege für vaginale und rectale Untersuchung
3. einer fahrbaren Quarzlampe mit Focaleinrichtung
4. einem Kolposkop
5. einem Schrank mit Instrumenten zur gynäkologischen Untersuchung
6. einem Regal zur Aufnahme des " Papanicolaou Programms "
7. einer chirurgischen Notfallausstattung
8. einem Sitzplatz und einem Waschbecken

Patientinen mit gynäkologischen Problemen werden in der Sprechstunde sofort versorgt, mit Ausnahme derer, die eine Krebsvorsorgeuntersuchung wünschen. In diesen Fällen werden separate Termine vereinbart.

2.2. Beschreibung und Begründung der angewandten Methoden

Die zur Verfügung gestellten Karteiunterlagen wurden nach Eintragungen, die gynäkologische Beratungsanlässe festhalten, durchgearbeitet.
Die Eintragungen traten in sechs verschiedenen Formen auf:

a) objektive Befunde in Form von Diagnosen, z.B. " Uterusmyom "
b) diagnostische Untersuchungen, z.B. " Mammographie "
c) medikamentöse Verordnungen, z.B. " Progynon "
d) chirurgische Maßnahmen, z.B. " Aufrichtung eines retroflektierten Uterus "
e) subjektive Beschwerden der Patientinen, z.B. " Es wird da unten alles so trocken "
f) Laborwerte, z.B. " 8 800 Leukos "

Meist handelte es sich um eine Kombination dieser Formen z.B.: " Klimakterische Beschwerden, Ovaribran ", a) und c).

Zur Dokumentation meiner Feststellungen habe ich einen Erhebungsbogen entworfen, der aus drei Teilen besteht (Abb.2).

Teil A gibt die Anzahl der Konsultationen an
Teil B gibt die Anfangsbuchstaben der Vor- und Zunamen der Patientinen und deren Geburtsdatum an
Teil C gibt , aufgeteilt nach 13 Krankheitsgruppen (Gruppe 14 beinhaltet die Überweisungstätigkeit), die Zahl der Inanspruchnahmen des Arztes durch die jeweilige Patientin an.
Eine Konsultation kann dabei mehrere Beratungsanlässe beinhalten: z.B. wenn eine Krebs-Früherkennungsuntersuchung und die Rezeptierung eines Kontrazeptivums vorgenommen wurden (Gruppe 1 und 6, siehe Abb. 2).
Eine Rolle spielt dabei auch die statistisch schwierig abgrenzbare, in der Allgemeinpraxis aber häufig vorkommende Multimorbidität der Patienten.

Aufzählung der einzelnen Gruppen:

1. Krebsfrüherkennung
2. Krebsnachsorge
3. Gynäkologische Untersuchungen (ohne Gruppe 1)
4. Entzündliche Beschwerden der Genitalorgane
5. Zyklusstörungen
6. Kontrazeption
7. Schwangerenbetreuung
8. Gynäkologische Altersbeschwerden
9. Lage- und Haltungsauffälligkeiten der Unterleibsorgane
10. Befunde am inneren und äußeren Genitale (ohne Gruppe 9)
11. Mammaauffälligkeiten
12. Op- Nachbehandlung
13. Psychosomatik
14. Ein- und Überweisungen

Folgende Untergruppen, die bei der Ausdifferenzierung der Hauptgruppen entstanden sind, sollen vollständigkeitshalber mitaufgeführt werden:

(3) Wiederholung der Abstrichnahme im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung

(4) Formen des nichtentzündlichen Fluors

(6) Beratung über operative Methoden der Empfängnisverhütung

(7) Komplikationen während der Schwangerschaft (Überweisungen)

(9) Ringpessareinlage bei Senkungsbeschwerden

(9) Beschwerden wegen deszensusbedingter Harninkontinenz

[9] Manuelle Aufrichtung des retroflektierten Uterus

(10) Befunde an der Cervix uteri: Ulcera und Polypen

[10] Befunde am Uterus: Uterus bicornus, - myomatosus und Myome

(11) Überweisungen zur Mammographie

Die Zahlen in den einzelnen Spalten sind der Einerreihe der Jahreszahlangaben entnommen und geben an, wann die einzelnen Konsultationen stattfanden (z.B. die Eintragung: " 3 " steht stellvertretend für das Jahr 1973).

Abb. 2 (Beispiel Nr. 1)

Teil A Teil B Teil C

	Name	Geb. Dat.	Anzahl der Behandlungen 1	2	3	4	5	6	7	8
3	HUG.E	18.11.36	1 3					1 3		

Erläuterung zum Beispiel Nr.1 :

Frau Hug. E., geboren am 18.11.36 (Erhebungsbogen Nr. 10) konsultierte in den Jahren 1971 und 1973 dreimal (3 in Teil A) den Allgemeinarzt.
Die Gründe, die die Patientin zum Arzt geführt haben, wurden in den einzelnen Spalten des Teils C eingetragen: der Wunsch nach einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung (Spalte 1 und nach einer Rezeptierung eines Kontrazeptivums (Spalte 6).

Während zwei Konsultationen entweder den Wunsch nach einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung oder nach einer Rezeptierung eines Kontrazeptivums zum Anlaß hatten, war es die dritte Konsultation, die beide Wünsche zum Anlaß hatte.

Aufs Ganze gerechnet verhält sich die Zahl der Konsultationsanlässe (5702) zu der Zahl der Konsultationen (4940) wie 1,15 zu 1 . Die Ursache dafür ist die Multimorbidität vieler Patientinen und das aus dem " En bloc- Vortragen " resultierende Tätigwerden des Arztes.

Da sich die Prozentanteile der 14 Gruppen der Beratungsanlässe anteilsmäßig auf die Absolutzahl der Konsultationen beziehen, ergeben sich bei der Addition 115%. Die Relation der Zahlen untereinander wird dadurch aber nur wenig beeinflußt.

Spalte 14 nimmt eine Sonderstellung ein;
zu den Jahreszahlangaben treten eine Reihe von Symbolen hinzu, die die Anzahl der Auf-Wunsch- Überweisungen, die Anlässe für Überweisungen und die Rückantwortquote ermitteln sollen.

Gruppe a) Auf-Wunsch- Überweisungen

Eintragung auf der Karteikarte: " a. W. Frauenarzt ", fast immer ohne Angaben über die Beschwerden, keine Arztbriefe

Eintragung auf dem Erhebungsbogen: die Angabe der Jahreszahl mit einem " W " im Exponenten

Gruppe b) Überweisungen, die nicht mit einem Arztbrief beantwortet wurden

Eintragung auf der Karteikarte: nur in wenigen Fällen Diagnosen oder Angaben über Beschwerden, keine Arztbriefe

Eintragung auf dem Erhebungsbogen: die Angabe von Beschwerden oder Diagnosen werden in Form einer Ziffer aus der Liste der oben angeführten 13 Krankheitsgruppen im Exponenten der Jahreszahlangabe ausgedrückt (siehe Abb. 3)

Gruppe c) Überweisungen, die mit einem Arztbrief beantwortet wurden

Auf dem Erhebungsbogen ist unterschieden worden, ob der Bericht vom Facharzt ⊛, von der Universitätsklinik ⊠, oder von einem Krankenhaus * ⚠ stammt. Diese Symbole wurden den Jahreszahlangaben vorangestellt.

Für das"Krankenhaus"habe ich zwei verschiedene Symbole gewählt. Damit wollte ich auf die besonders gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen der untersuchten Allgemeinpraxis und dem Leiter einer gynäkologischen Abteilung in einem Kreiskrankenhaus hinweisen.

13 weitere Symbole ermitteln die Zahl der Einweisungen zur Durchführung einer bestimmten diagnostischen oder operativen Maßnahme, z.B.: Polypenresektion, Abrasio, Portiokonisation, Abruptio, Sterilisation und andere.

Abb. 3

	7	8	9	10	11	12	13	14
Zeile 1								1^{10}
Zeile 2								$*5^{10}$ Op?

Zeile 1
(siehe Erhebungsbogen Nr. 8: HEINZ. G.,Geb.Dat.: 12.12.45)
Überweisung zum Facharzt, 1971, zur Klärung eines Befundes am Genitale

Zeile 2
(siehe Erhebungsbogen Nr. 38: SPLI. K.,Geb.Dat.: 13.11.26)
Überweisung in das Kreiskrankenhaus, 1975, zur operativen Ausräumung von Uterusmyomen; das Kreiskrankenhaus zog eine andere Behandlungsart vor, ein Arztbrief ist zugeschickt worden.

III Ergebnisse

3.1. Anteil der Gynäkologie am Gesamtmaterial der untersuchten Allgemeinpraxis

Im Untersuchungszeitraum von 1971 bis 1975 fanden in der untersuchten Allgemeinpraxis insgesamt 80 620 Konsultationen statt.

Davon waren 4 940 Konsultationen gynäkologischer Art, das sind 6,1% (mit 0,8% Überweisungstätigkeit).

Der Anteil der gynäkologischen Beratungen an den Gesamtberatungen pro Jahr nahm innerhalb des untersuchten Zeitraums von 5% auf 7% zu.

Von 1 541 Frauen wurden 887 gynäkologisch, das sind 57,5% (Überweisungstätigkeit mitgezählt: 4,5%), und 654 auf anderen Gebieten, das sind 42,5%, beraten.

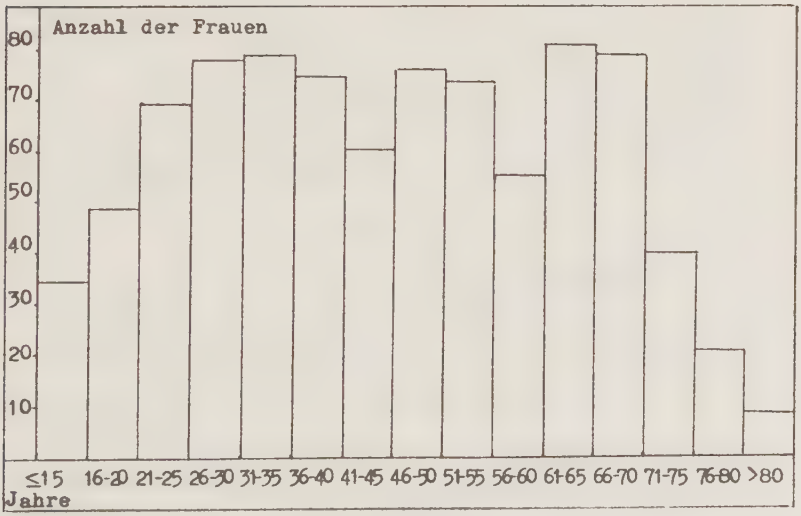
(Dieser Anteil enthält 7,5% (113) Kinder unter 14 Jahren, bei denen im allgemeinen gynäkologische Probleme selten sind).

Aus dem Verhältnis von 887 Frauen zu 4 940 Konsultationen errechnet sich ein Durchschnitt von

5,57 Konsultationen pro gynäkologisch behandelter Patientin.

3.2. Altersstruktur der gynäkologisch betreuten Frauen

Abb. 4



In der Abb. 4 ragen drei Altersgruppen zahlenmäßig heraus:

1) Die Altersgruppe der 21- bis 40-jährigen (Fortpflanzungsperiode); zahlenmäßig stark vertreten in Abb. 6 Zyklusstörungen und Abb. 7 Kontrazeption (S.17 und 18).

2) Die Altersgruppe der 46- bis 55-jährigen (Übergangsperiode); zahlenmäßig stark vertreten in Abb.9 Gynäkologische Altersbeschwerden, Abb. 10 Myomdiagnosen und Abb. 11 Überweisungen zur Mammographie (S.20, 22 und 23).

3) Die Altersgruppe der 61- bis 70-jährigen (Altersperiode); zahlenmäßig stark vertreten in Abb. 14 Krebsfrüherkennung und Abb. 9 Gynäkologische Altersbeschwerden (S.35 und 20).

Zur Interpretation von 3) bieten sich drei Ansätze an:

die verstärkte Inanspruchnahme des Arztes im Alter von 61 bis 70 Jahren ist zurückzuführen auf:

a) eine physiologisch - genetische Determinierung beim Auftreten von Krankheiten in diesem Alter,

b) die Folgen der jahrelangen Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie bei berufstätigen Frauen,

c) den mit dem Eintritt ins Rentenalter und die Entbindung von beruflichen Aufgaben verbundenen Abbruch sozialer Kontakte und der daraus entstehenden Vereinsamung.

3.3. Ergebnisse im Einzelnen

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Aufzählung auf Seite 7. Eine graphische Zusammenfassung erfolgt in Abb.12 auf Seite 29 .

1. Krebsfrüherkennung (auch GK.: 8.4 und 8.2)

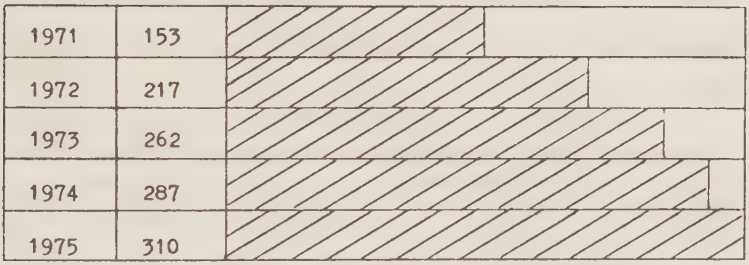
508 oder 57,4% der gynäkologisch behandelten Frauen

1229 oder 25% aller Konsultationen gynäkologischer Art erste Stelle in der Häufigkeitsverteilung

Der Untersuchungszeitraum umfaßt die ersten 5 Jahre seit der Einführung der gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Die Abb. 5 verdeutlicht die wachsende Beteiligung der Frauen an dieser Untersuchung: gegenüber dem Jahr 1971 haben 1975 mehr als doppelt so viele Frauen aus der Klientel der untersuchten Praxis die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen.

Die Altersgliederung dieser Frauen ist in Abb. 14 auf Seite dargestellt worden.

Abb.5 : Anzahl der Krebs- Früherkennungsuntersuchungen pro Jahr



2. Krebsnachsorge (auch GK.: 8.3)

14 oder 1,5% der gynäkologisch behandelten Frauen
52 oder 1,1% aller Konsultationen gynäkologischer Art
12 Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Durchführung von Nachsorgeuntersuchungen und Fahndung nach Rezidiven

b) Fortführung und Überwachung therapeutischer Zusatzmaßnahmen (Laborkontrolle der Leukozyten)

c) Behandlung von Therapiefolgen (Antragstellung für Sicherungskuren, Rezeptierung von Perücken)

Tab. 1

1971	1972	1973	1974	1975
12	20	7	3	10

0 - Konsultationen : 5 Frauen (Karzinom im Rahmen der Krebsfrüherkennung gefunden)
0-4 Konsultationen : 7 Frauen
4-8 Konsultationen : 2 Frauen (Mamma-Ca und Vaginal-Ca)
18 Konsultationen : 1 Frau (Mamma-Ca)

Krebsformen und Alter der erkrankten Frauen:

6 Mamma-Ca (35 Jahre und zusätzlich Portio-Ca, 50, 50, 65, 70 und 70 Jahre)
3 Corpus-uteri- Ca (55, 70 und 70 Jahre)
2 Cervix- Ca (60 und 60 Jahre)
1 Vaginal-Ca (70 Jahre)
1 Ovarial-Ca (75 Jahre)
1 Uterusstumpfadeno- Ca (50 Jahre)

4 der betroffenen Frauen erlagen in dem untersuchten Zeitraum ihrer Krankheit (insgesamt 24 Todesfälle unter den gynäkologisch betreuten Frauen; häufigster Grund: hohes Alter).

3. Gynäkologische Untersuchungen (Palpation und Inspektion) (auch GK.: 8.4.2)

Diese Gruppe soll die Anzahl der in der Allgemeinpraxis durchgeführten gynäkologischen Untersuchungen auf dem gynäkologischen Stuhl ermitteln.
Schwierigkeiten ergaben sich daraus, daß hier Material verarbeitet werden mußte, das zum Teil schon in anderen Gruppen vorkam:

Gruppe 4: " Entzündliche Beschwerden der Genitalorgane "
Gruppe 6: " Kontrazeption "
Gruppe 7: " Schwangerenbetreuung "
Gruppe 9: " Lage- Haltungsauffälligkeiten der Unterleibsorgane"
Gruppe 12:" Op- Nachbehandlung "

Hier entstanden Überschneidungen, die einen wesentlichen Anteil am Zustandekommen der unterschiedlichen Summen beim Auszählen der Konsultationen im Teil C und A ausmachen.

Gruppe 10: " Befunde am inneren und äußeren Genitale "
Hier gibt es keine Überschneidungen: während Untersuchungen, durch die diese Befunde erhoben wurden, allein in dieser Gruppe 3 verzeichnet sind, ist die Tatsache einer Befunderhebung aus der Jahreszahleintragung in Gruppe 10 zu ersehen. Auf diese Weise wurde eine gesonderte Auszählung der Diagnosen möglich.

Gruppe 1: " Krebsfrüherkennung "
Hier ist eine genaue Trennung möglich gewesen.
Die Anzahl der Konsultationen dieser Gruppe wird bei den Endergebnissen mit aufgerechnet.

Schließlich sollen noch solche Untersuchungen erwähnt werden, wie sie z.B. bei der Wiederholung der Abstrichnahme im Rahmen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung vorgekommen sind: Untergruppe 3 , und Untersuchungen, die zur Abklärung einer Pruritussymptomatik erforderlich sind.

648 oder 73% der gynäkologisch betreuten Frauen wurden gynäkologisch untersucht, entspricht 45,4% aller behandelten Frauen(ausgenommen Kinder bis 14 Jahre)

578 oder 12,7% aller Konsultationen gynäkologischer Art dritte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

(Ohne die Krebsvorsorgeuntersuchten waren es: 334 oder 38,3% der gynäkologisch betreuten Frauen, entspricht 24,2% aller behandelten Frauen ausgenommen Kinder bis 14 Jahre)

Tab. 2

	1971	1972	1973	1974	1975
Gruppe 3	114	113	112	121	118
Gruppe 1	153	217	262	287	310
Summe	267	330	374	408	428

4. Entzündliche Beschwerden der Genitalorgane
(auch GK.: 1.9.2 und 7.2-5)

166 oder 18,8% der gynäkologisch betreuten Frauen

348 oder 7,1% aller Konsultationen gynäkologischer Art siebente Stelle in der Häufigkeitsverteilung

Die Gruppe basiert auf folgende Eintragungen:

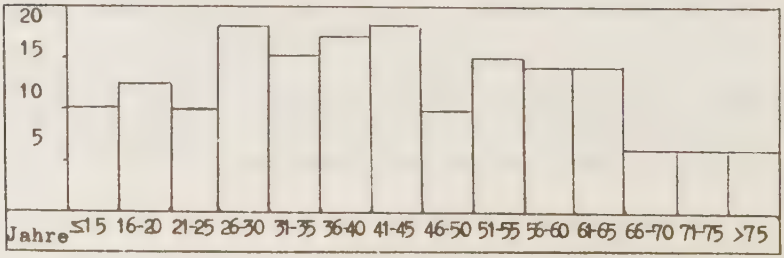
a) Symptombezeichnungen: Candidafluor, Trichomonadenfluor, psychogen ausgelöster Fluor, durch Hormonmangel oder interne Krankheiten verursachter Fluor
b) Befundbezeichnungen: senile Kolpitis, Adnexitis, Endometritis

Mit einem Anteil von 1% sind Formen nicht entzündlichen Fluors, Untergruppe 4 , an den 7,1% beteiligt.
Darunter fallen: senile Kolpitis; psychogen, durch Hormonmangel oder durch interne Krankheiten ausgelöster Fluor.

Tab.3

1971	1972	1973	1974	1975
58	81	60	63	86

Abb.6 : Altersstruktur der Patientinen mit entzündlichen Beschwerden der Genitalorgane



5. Zyklusstörungen (auch GK.: 1.3.2, 1.5.4-6, 1.6.2)

152 oder 17,2% der gynäkologisch betreuten Frauen

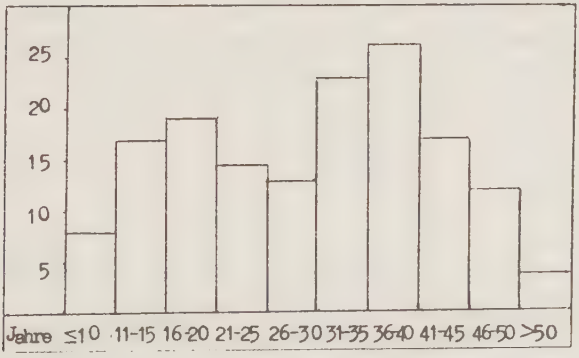
340 oder 6,9% aller Konsultationen gynäkologischer Art achte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Dysmenorrhoe: Periodenschmerz, periodenabhängige Mastodynie und medikamentöse Verschiebung der Menstruation
b) Zyklusstörungen in Form von: Amenorrhoe nach Kontrazeptivaeinnahme, Verdacht auf Gelbkörperinsuffizienz, Metrorrhagie
c) Psychologische Führung bei Auftreten der Menarche

Tab. 4

1971	1972	1973	1974	1975
74	62	66	68	70

Abb. 7 : Altersstruktur der Patientinen mit Zyklusstörungen



6. Kontrazeption (auch GK.: 2.2 -3)

192 oder 21,7% der gynäkologisch betreuten Frauen

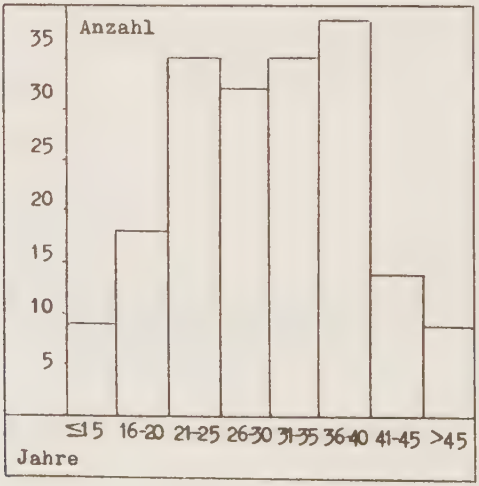
587 oder 11,9% aller Konsultationen gynäkologischer Art vierte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Erstverschreibung mit gynäkologischer Untersuchung
b) Wiederholungsverschreibung und Wechsel des Mittels wegen Nebenwirkungen
c) Beratung über operative Methoden der Empfängnisverhütung, z.B.: Sterilisation, Untergruppe (6) (7 Frauen).

Tab. 5

1971	1972	1973	1974	1975
85	125	116	134	127

Abb.8 : Altersstruktur der Patientinen mit dem Wunsch nach Kontrazeption



7. Schwangerenbetreuung (auch GK.: 3.3.2 -3, 3.4.3, 3.7.2 4.3 -4 und 4.6)

43 oder 4,86% der gynäkologisch betreuten Frauen

428 oder 8,7% aller Konsultationen gynäkologischer Art sechste Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Diagnose der Schwangerschaft und Untersuchungen nach dem Mutterschutzgesetz
b) Komplikationen während der Schwangerschaft: Beratungen bei Störungen der Adaptation des mütterlichen Organismus, Überweisungen zum Facharzt bei Verdacht auf ektopische Schwangerschaft oder Fehlgeburt
c) Schwangerschaftsabbruch , Untergruppe (7)

20 Frauen nahmen eine Dauerbetreuung in Anspruch, entspricht 2,25% (davon sind drei Frauen verzogen oder haben später als 1975 entbunden)

Von 20 Frauen, die die Behandlung abgebrochen haben, sind
9 Frauen mit den Anzeichen einer beginnenden Fehlgeburt gekommen
3 Frauen haben den Wunsch nach einer Abruptio geäußert

Am Rande erwähnt sollen hier drei Frauen, die über Fertilitätsstörungen klagten. Sie wurden zum Facharzt überwiesen.

Tab. 6

	1971	1972	1973	1974	1975
Dauerbetreuung von Schwangeren	36	58	18	58	33
Gesamtberatungen	78	125	41	120	70

8. Gynäkologische Altersbeschwerden (auch GK.: 1.8.2 -3 und 1.9.2)

177 oder 20% der gynäkologisch betreuten Frauen

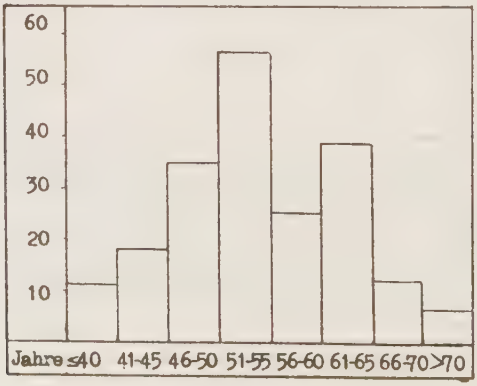
1 043 oder 21,2% aller Konsultationen gynäkologischer Art zweite Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Hormonsubstitution in Kombination mit Psychopharmaka, Linderung der Therapienebenwirkungen: Blutungen und Virilisierungserscheinungen (Seborrhoe, Alopezie, " Laryngitis ")
b) Behandlung von altersbedingten Dystrophien und Entzündungen im Genitalbereich

Tab. 7

1971	1972	1973	1974	1975
195	210	187	217	234

Abb. 9 : Altersstruktur der Frauen mit gynäkologischen Altersbeschwerden



9. Lage- und Haltungsauffälligkeiten der Unterleibsorgane (auch GK.: 9.2)

79 oder 9% der gynäkologisch betreuten Frauen

76 oder 1,5% aller Konsultationen gynäkologischer Art elfte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Die Befunde: Deszensus, Prolaps und Retroflexio Uteri wurden zu einem großen Teil im Rahmen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung erhoben. Die diesbezüglichen Jahreszahlangaben auf dem Erhebungsbogen (ohne Zusatzmarkierung) beziehen sich allein auf den Zeitpunkt der Befunderhebung und dienen der Auszählung dieser Befunde (89 Diagnosen).

   In Fällen, in denen " Senkungsbeschwerden " im Mittelpunkt der Beratung standen, geben markierte Jahrezahlangaben den Zeitpunkt dieser Konsultationen wieder.

b) Beschwerden wegen deszensusbedingter Harninkontinenz (6 Frauen), Untergruppe (9)

c) Ringpessareinlage (9 Frauen), Untergruppe (9)

d) Manuelle Aufrichtung des retroflektierten Uterus (6 Frauen), Untergruppe [9]

Tab. 8

1971	1972	1973	1974	1975
17	18	19	11	11

10. Befunde am inneren und äußeren Genitale /ohne die Gruppe 9
(auch GK.: 1.2.2 und GK. Spezielle Pathologie)

147 oder 16,6% der gynäkologisch betreuten Frauen

184 Diagnosen, davon 62 Frauen mit Myomen (42,2% der Frauen mit Genitalbefunden oder 7% aller gynäkologisch behandelten Frauen) und 28 Frauen mit Cervixpolypen (das sind 19% bzw. 3,16%)

Gesamtzahl der Konsultationen ersichtlich in Gruppe 3

Zu einem großen Teil sind diese Befunde als Zufallsbefunde innerhalb der Krebsfrüherkennungsuntersuchung erhoben.

Eintragungen in den Karteikarten:

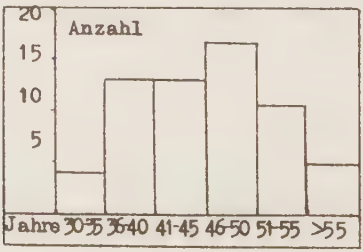
a) Umgebung des äußeren Genitale: genito-crurales Ekzem, Abszeß der Schambeuge, Furunkel am Schamberg

b) Äußeres Genitale: Labienschwellung, -abszeß oder -fibrom, Bartholinitis, Craurosis vulvae, Urethrakarunkel, Zeckenbisse, Hämatom des Orificiums urethrae und urethrovaginale Fisteln.

c) Inneres Genitale:
Vagina: Fissur am Introitus, Verwachsungen , Atresie, Zustand nach Hysterektomie, taktile Blutungen und Inzision des Hymen rigidus
Portio: blutende Erosion, Erosion als Konisationsfall
Cervix: Ulcus, Polypen - Untergruppe 10
Uterus: -bicornus, -myomatosus und Myome - Untergruppe 10
Adnexe: Infiltration, Verdickung

Alle unklaren Blutungen

Abb. 10 : Altersstruktur der Frauen mit Myomen



11. Mammaauffälligkeiten (auch GK.: 8.4, 8.5.3, 8.2.5 und GK. Chirurgie)

193 oder 21,7% aller gynäkologisch betreuten Frauen

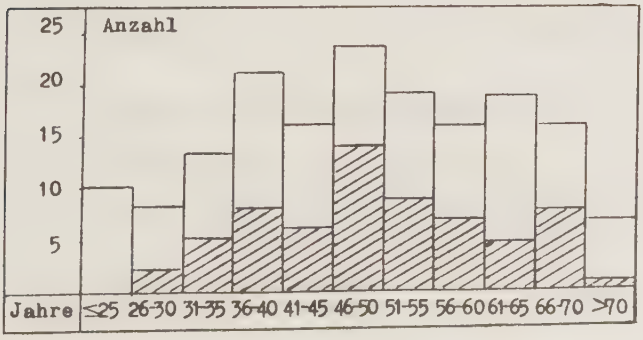
335 oder 6,7% aller Konsultationen gynäkologischer Art neunte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Mammillitis, Abszeß, BH- Mastitis und Hämatom wegen Kontusion
b) Mastodynie (häufig !), der Begriff erscheint nicht im GK III
c) Tumorverdächtiger Befund und dessen diagnostische Abklärung mittels Mammographie (und / oder Thermographie), Untergruppe (11) (66 Frauen, oder 7,45 der gynäkologisch behandelten)

Tab. 9

	1971	1972	1973	1974	1975
	59	63	45	44	48
Überweisungen zur Mammographie	10	12	15	13	26

Abb. 11 : Altersstruktur der Patientinen, die Mammaauffälligkeiten aufwiesen. Schraffiert: Überweisungen zur Mammographie



12. Op- Nachbehandlung (auch GK.: Chirurgie)

46 oder 5,1% der gynäkologisch behandelten Frauen

79 oder 1,6% aller Konsultationen gynäkologischer Art zehnte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

Nach folgenden Operationen wurde eine Nachbehandlung erforderlich: Konisation, Mamma - Probeexzision, Hysterektomie, Episiotomie und Deszensusoperation.

Der Begriff: " Op- Nachbehandlung " hat seine Entsprechung in folgenden Eintragungen:

a) Ziehen von Operationsfäden
b) Verschreiben von Wund- und Heilsalben
c) Weiterführung der vom Krankenhaus angeordneten medikamentösen Therapie
d) roborierende Maßnahmen
e) Verlaufkontrolle der Heilung
(z.B. Fahndung nach Narbenbrüchen)

Tab. 10

1971	1972	1973	1974	1975
13	16	8	20	22

13 Psychosomatik (auch GK.: 1.10.2 und GK. Nervenheilkundliches Stoffgebiet)

34 oder 3,8% der gynäkologisch behandelten Frauen

40 oder 0,8% aller Konsultationen gynäkologischer Art letzte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

a) Beratungen bei sexuellen Störungen:
Kohabitationsstörungen (auch die organisch bedingten nach Hysterektomie), Vaginismus, Frigidität nach Kontrazeptivaeinnahme und psychogener Juckreiz

b) Beratungen bei Störungen des Erlebens:
Phobien (Tumor, Gravidität), durch Masturbation ausgelöste Ängste, depressive Verstimmungen im Ante-Menstruum

Tab. 11

1971	1972	1973	1974	1975
10	10	10	7	3

14. Ein- und Überweisungen (auch GK.: 3.7.2)

314 oder 35,5% der gynäkologisch behandelten Frauen

563 oder 11,3% aller Konsultationen gynäkologischer Art führten zu einer Überweisung zum Gynäkologen
fünfte Stelle in der Häufigkeitsverteilung

Gruppe a) 21,5% Auf-Wunsch- Überweisungen
(fast immer ohne Angaben über die Beschwerden, keine Arztbriefe)

Gruppe b) 47,8% Überweisungen, die nicht mit einem Arztbrief beantwortet wurden
(nur in wenigen Fällen Diagnosen oder Angaben über Beschwerden)

Gruppe c) 30,7% Überweisungen, die mit einem Arztbrief beantwortet wurden

Hinzu kommen Überweisungen zum Radiologen wegen Mammographie, sie werden nicht mit den Überweisungen zum Gynäkologen zusammengezählt.

Tab. 12

Anzahl der Überweisungen z.Gynäkologen	Anzahl der Frauen	Anzahl der Konsultationen 1971	1972	1973	1974	1975	Summe	%
Gruppe a)	87	21	19	24	28	30	121	21,5
Gruppe b)	100	48	42	63	49	67	269	47,8
Gruppe c)	127	29	43	34	36	31	173	30,7
Summe	314	98	104	121	113	127	563	100,0
Überweisungen zur Mammographie	66	10	12	15	13	26	76	

Tab. 13 : Anlässe für Überweisungen zum Gynäkologen

Beratungsgruppe Nr		2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Summe
Gruppe a) und b)		1	7	9	5	3	–	5	11	7	2	2	52
Gruppe c)													
Op- Berichte (längere Krankenhausverweildauer)	Op	3	–	–	–	–	–	7	3	3	–	–	16
	10 Op								14				14
	10 Op								12				12
Berichte über diagnostische oder operative Maßnahmen mit kurzer Krankenhausverweildauer	+	6	–	2	1	28	–	4	7	–	4	–	52
	S	5	–	–	–	–	1	–	2	13	–	–	21
	R	5											5
	K	7											7
	A						8		12				20
	P								7				7
	L								3				3
	I					3							3
	St					6							6
	F					7							7
Summe		27	7	11	6	47	9	16	71	23	6	2	225
In %		12	3,1	4,9	2,7	20,9	4	7,1	31,5	10,2	2,7	0,9	100

Erläuterungen zu Tab. 13

Gruppe c)

Operationsberichte (längere Krankenhausverweildauer):

Spalte Op (verschiedene Operationen),
Spalte 10 Op (Myomoperationen)
Spalte 10 Op (Polypenresektion)

Berichte über diagnostische oder operative Maßnahmen mit kurzer Krankenhausverweildauer:

Spalte + (von Fachärzten bestätigte Befunde ohne sofortige therapeutische Konsequenzen)
Spalte S (spezifische Diagnostik bei Beratungsgruppen: 2, 8, 10 und 11 ohne Berücksichtigung der anderen Spalten)
Spalte R (Routineuntersuchung bei der Krebsüberwachung)
Spalte K (Komplikation bei Krebserkrankung: Rezidive und Therapienebenwirkungen, Gruppe 2)
Spalte A (Abrasio , Gruppe 8 und 10)
Spalte P (Portiokonisation , Gruppe 10)
Spalte L (Laparoskopie , Gruppe 10)
Spalte I (Interruptio = Abruptio , Gruppe 7)
Spalte St(Sterilisation , Gruppe 7)
Spalte F (Fehlgeburt, Gruppe 7)

Diese Facharztberichte zeigten (in der Tab. 13 nicht aufgeführt), daß sich die Fachärzte bis auf 6 Fälle den Ein- bzw Überweisungsdiagnosen angeschlossen hatten und die vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchgeführt hatten.

Diese 6 Fälle, die auf dem Erhebungsbogen mit dem Symbol: " ? " versehen wurden, beziehen sich im einzelnen auf:
2 Indikationsstellungen zu Operationen wegen Befunden aus Gruppe 10,
2 Befunderhebungen aus Gruppe 9 und 10 und
1 Indikationsstellung zu Abruptio, Gruppe 7.

Bei der Auswertung der für die Herkunft der Berichte eingeführten Symbole, fällt auf, daß bis auf vier alle Berichte von im Krankenhaus oder in der Klinik angestellten Ärzte stammen.

89 % aller Berichte stammen aus dem Krankenhaus,
(78 % davon aus dem Kreiskrankenhaus),
8,6% stammen aus der Klinik und
2,3% stammen von niedergelassenen Gynäkologen.

Nimmt man das Verhältnis der Überweisungen zu niedergelassenen, freipraktizierenden Gynäkologen zu der Zahl der von innen stammenden Arztbriefe: 394 : 4, so stellt man fest, daß sie kaum 1 % ausmachen.

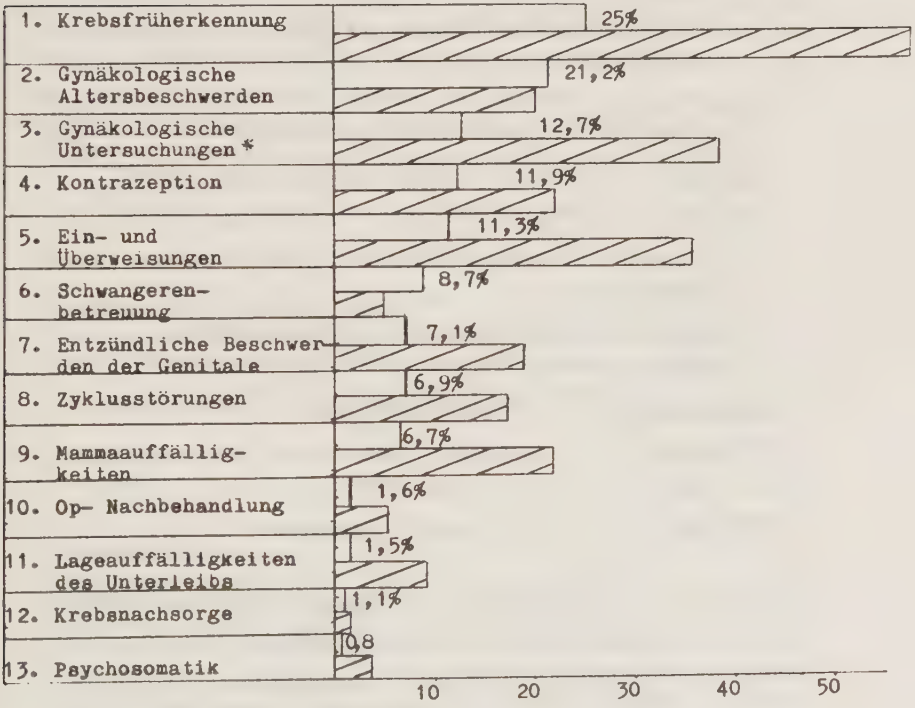
Demgegenüber beantwortete der Leiter der gynäkologischen Klinik des Kreiskrankenhauses der Region, der den Allgemeinarzt persönlich kennt, die Überweisungen in 100% der Fälle.

Das Gesamtergebnis von 30,7% der beantworteten Überweisungen wird durch seinen Anteil von 23,9% wesentlich mitbestimmt.

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

3.4.1.: Spektrum der gynäkologischen Beratungsanlässe in einer Allgemeinpraxis

Abb. 12 : Prozentualer Anteil von Krankheitsgruppen an den Beratungsanlässen; schraffiert: prozentualer Anteil der betroffenen Frauen (aus Gründen der Multimorbidität über 100%)



*Ohne die krebsvorsorgeuntersuchten Frauen; insgesamt sind 73% der gynäkologisch betreuten Frauen gynäkologisch untersucht worden.

3.4.2.: Die Zusammenarbeit des Allgemeinarztes mit dem Facharzt und dem Kliniker

a) Anlässe für Überweisungen zum Gynäkologen

31,5% Gruppe 10 : Klärung, Bestätigung oder Weiterbehandlung von Auffälligkeiten am Genitale

20,9% Gruppe 7 : Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft stehen wie Klinikentbindung, Behandlung von Fehlgeburten und Infertil tät, Durchführung von Schwangerschaftsunterbrechungen und Sterilisationen

12 % Gruppe 2 : Klärung von Verdachtsdiagnosen zu Krebserkrankungen, Weiterbehandlung und Überwachung der Krebskranken

10,2% Gruppe 11 : Klärung und Weiterbehandlung von Auffälligkeiten an der Mamma (außer Mammographien)

7,1% Gruppe 9 : Weiterbehandlung von Deszensusbefunden

4,9% Gruppe 5 : Weiterbehandlung von Störungen der Ovulation

4 % Gruppe 8 : Weiterbehandlung von gynäkologischen Altersbeschwerden

3,1% Gruppe 4 : Weiterbehandlung von entzündlichen Beschwerden der Genitalorgane

2,7% Gruppe 6 : Kontrazeptionsprobleme

2,7% Gruppe 12 : Nachuntersuchungstermine im Krankenhaus nach gynäkologischen Operationen

0,9% Gruppe 13 : psychosomatische Probleme

Die Anzahl der Auf- Wunsch- Überweisungen liegt bei 21,5%.

Nach einer Studie von B. Ernst (4) soll der Anteil der " Auf Wunsch Überweisungen " zu Gesamtüberweisungen in einer großstädtischen Allgemeinpraxis 54,8% und in einer Landpraxis 4,1% betragen.
Dabei entfiel die größte Zahl dieser " Auf Wunsch Überweisungen " auf Frauen mit 61,8%, in den Altersgruppen zwischen 20 und 50 Jahren. Der größte Anteil lag hier bei Überweisungen zum Gynäkologen.

b) Informationsrückfluß vom Facharzt zum Allgemeinarzt verglichen mit dem Gesamtanteil an Überweisungen

	Anteil an der Gesamtzahl der Arztbriefe	Anteil an Gesamtüberweisungen
Krankenhaus	89% (154)	27,3% (154)
Universitätsklinik	8,6% (15)	2,7% (15)
Niedergelassene Fachärzte	2,3% (4)	70% (394)

Auffallend ist die niedrige Rückantwortquote vom niedergelassenen Facharzt: knapp 1%, zu der 100% Beantwortung der anderen Überweisungen.
Das Gesamtergebnis von 30,7% wird wesentlich durch die Rückantwortfreudigkeit des Klinikleiters des Kreiskrankenhauses der Region bestimmt (24%).

3.4.3.: Praxisbezogene Anforderungen im Falle der untersuchten Allgemeinpraxis in Relation zu den Themen des Gegenstandskataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung GK III (Fassung von 1979)

Auf folgende Kapitel im GK III ist im Text hingewiesen worden:

1. Krebsfrüherkennung (GK.: 8.4, 8.2)
2. Krebsnachsorge (GK.: 8.3)
3. Gynäkologische Untersuchungen (GK.: 8.4.2)
4. Entzündliche Beschwerden der Genitalorgane (GK.: 1.9.2, 7.2 -5)
5. Zyklusstörungen (GK.: 1.3.2, 1.5.4 -6, 1.6.2)
6. Kontrazeption (GK.: 2.2 -3)
7. Schwangerenbetreuung (GK.: 3.3.2-3, 3.4.3,3.7.2, 4.3, 4.4, 4.6)
8. Gynäkologische Altersbeschwerden (GK.: 1.8.2 -3, 1.9.2)

9. Lage- und Haltungsauffälligkeiten der Unterleibsorgane	(GK.: 9.2)
10. Befunde am inneren und äußeren Genitale	(GK.: 1.2.2, GK. spezielle Pathologie)
11. Mammaauffälligkeiten	(GK.: 8.4, 8.5.3, 8.2.5 und GK. Chirurgie)
12. Op- Nachbehandlung	(GK.: Chirurgie)
13. Psychosomatik	(GK.: 1.10.2, GK. Nervenheilkunde)
14. Ein- und Überweisungen	(GK.: 3.6.1, 3.7.2, 5.6.9)

Viele der hier nicht aufgeführten Kapitel wiederholen den Wissensstoff vorangegangener Prüfungen in erweiterter Form und ergänzen den auf die praktische Tätigkeit des Arztes bezogenen Teil des GK III hinsichtlich des theoretischen Verständnisses für:
a) physiologische Zusammenhänge und pathogenetische Mechanismen
b) soziologische und psychologische Aspekte.

Kap. 6 des Teilkataloges: " Gynäkologie und Geburtshilfe "
" Wochenbett " wurde nicht erfaßt, da entsprechende Eintragungen in den Karteikarten der Neugeborenen geführt wurden.

Es zeigt sich, daß für alle in der untersuchten Allgemeinpraxis vorkommenden Beratungsanlässe ein entsprechender Prüfungsstoff in den Prüfungsanforderungen des GK III zu finden ist.

Die oben angeführten Kapitel des Gegenstandskataloges III erfüllen die von W. Bartsch (1) aufgestellten Anforderungen an den Allgemeinarzt,

er solle: 1. die Schwangerschaftsüberwachung
und 2. die Post- partum Betreuung durchführen können,
3. zur gynäkologischen Diagnose fähig sein und
4. einfache Therapieformen durchführen können.

Folgende Themen des Gegenstandskataloges III fehlen unter den anfallenden Aufgaben in der untersuchten Allgemeinpraxis, sie gehen über die an den Allgemeinarzt gestellten Anforderungen hinaus:

1) Diagnostik und Therapie von Störungen der Ovulation (GK.:1.6.3, 1.6.4)
2) Diagnostik und Therapie der Infertilität (GK.:1.7.2, 1.7.3)
3) Diagnostik und Therapie der Insuffizienz der feto-utero-plazentaren Einheit, der Fetopathien und Fehlentwicklung des Trophoblasten (GK.:3.2.2, 3.2.5, 3.3.1)
4) Grundzüge der operativen Therapie und Strahlentherapie bei malignen und benignen Tumoren und Endometriose (GK.: 8.2, 8.6.2, 8.5)
5) Geburt und Risikogeburt (GK.: 5)

Entsprechende Patienten hat der Allgemeinarzt zum Facharzt überwiesen.

IV. Diskussion und Literaturberichte

4.1 Leistungsspektrum der gynäkologischen Betreuung in der Allgemeinpraxis

Von 80 620 Gesamtkonsultationen in der untersuchten Praxis waren 4940 gynäkologischer Art, das sind 6,1%.

Dieser Anteil ist wesentlich höher als der aus vergleichbaren anderen Untersuchungen: Häussler (1967): 4,79%, Ritter (1972): 4,2%, Kernbichler (1973): 2,45% (9,16,11).

Offenbar war in der untersuchten Allgemeinpraxis die gynäkologische Betreuung einer der Schwerpunkte der Gesamtärztlichen Tätigkeit. Nur so ist das Vorhandensein einer mit einer gynäkologischen Fachpraxis vergleichbaren Praxiseinrichtung zu erklären (siehe Seite 5).

Statistische Daten zum Thema der gynäkologischen Betreuung in der Allgemeinpraxis besitzen meist nicht den erforderlichen Differenzierungsgrad (9, 16, 3, 5), sie sind meist älteren Datums (19, 15), oder sie bieten wegen fehlender Standardisierung unzureichende Vergleichsmöglichkeiten (6).

Mit Ausnahme des Themas: " Krebsvorsorgeuntersuchung " mußte auf einen Vergleich mit anderen Untersuchungen verzichtet werden.

Vergleich der Untersuchungsergebnisse von 1229 Krebsvorsorgeuntersuchungen in der Stadtrandpraxis mit den 4103 Krebsvorsorgeuntersuchungen in der Landpraxis (8) in den Jahren 1971 bis 1975.

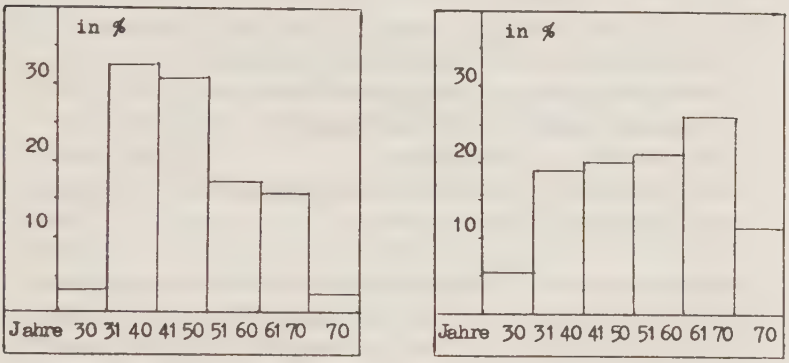
Landpraxis	Stadtrandpraxis	Häufigkeitsmaximum
7 Collum Ca	1 Collum Ca	40–45 Jahre
5 Mamma Ca	2 Mamma Ca	50–65 Jahre
3 Corpus Ca	2 Corpus Ca	55–65 Jahre
und je ein Vulva Ca, Rectum Ca und Adeno Ca des Bauchraumes	(die restlichen Ca aus der Gruppe 2 sind vor der gesetzlichen Einführung der Krebsvorsorgeuntersuchung diagnostiziert worden)	

Berücksichtigt man das Verhältnis der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen in den beiden Praxen: 3 zu 10, so wird man dieses Verhältnis in etwa wiederfinden in der Anzahl der gefundenen Karzinome : 5 zu 18.

Abb. 13 und Abb.14 :

Die unterschiedliche Altersgliederung der Klientel der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung in der

Landpraxis und Stadtrandpraxis



Die Altersdiskrepanz der Klientel der beiden Praxen erklärt sich dadurch, daß die 40 Jahre bestehende Stadtrandpraxis eine ältere Klientel hat als die erst 20 Jahre bestehende Landpraxis.

4.2 Zusammenarbeit des Allgemeinarztes mit Fachgynäkologen und Klinikern

Die Untersuchung zeigte, daß Ein- und Überweisungen zum Gynäkologen einen hohen Anteil an der Gesamtheit der gynäkologischen Beratungsanlässe ausmachen: sie stehen an fünfter Stelle der prozentualen Anteile der Beratungsanlässe - 563 Ein- und Überweisungen oder 11,3% der Gesamtkonsultationen -.

Die von den Fachgynäkologen an den Allgemeinarzt gelieferten Arztbriefe, in denen über Behandlungsverlauf und -ergebnis berichtet wird, haben eine erhebliche Bedeutung.

Diese Feststellung ist deswegen zulässig, weil durch interdisziplinären Informationsaustausch der Allgemeinarzt in die Lage versetzt wird:

1) die gesundheitliche Situation des Patienten besser zu beurteilen und weitere Behandlung besser zu führen,
2) unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden,
3) durch Weitergabe bereits vorliegender Befunde Wege der Diagnose abzukürzen,
4) dem Patienten die Untersuchungsergebnisse des Facharztes zu erläutern (6).

Hier zeigt die Untersuchung, daß je besser sich der überweisende Allgemeinarzt und der Facharzt kennen, desto eher werden Überweisungen beantwortet. Von den 30,7% der beantworteten Überweisungen in der untersuchten Allgemeinpraxis werden über 3/4 vom Leiter der gynäkologischen Klinik des Kreiskrankenhauses der Region beantwortet.

Bei Überweisungen zu niedergelassenen Gynäkologen wurde trotz immer geäußerter Bitte nur in 1% der Fälle ein Bericht geliefert.

Im Vergleich dazu, werden in der Großstadtpraxis 4,2% der Überweisungen beantwortet und in der Landpraxis 27,6% (4). Das bessere Ergebnis auf dem Lande kommt durch die geringe Facharztdichte, die geringe Anzahl der " Auf Wunsch Überweisungen " (siehe Seite 30) und die besondere, durch das ländliche Milieu geprägte Beziehungsebene zwischen Arzt und Patient, zustande.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der Informationsrückfluß vom niedergelassenen Gynäkologen zum Allgemeinarzt unzureichend ist

Nach B. Ernst (4) beantworteten auch Augen-, HNO-, Haut- und Kinderärzte die Überweisungen kaum.

Sie stellt fest, daß prinzipiell eine unzureichende gegenseitige medizinische Information besteht.

Hier wäre jedem Patienten zu empfehlen, sich selbst dafür einzusetzen, daß der Hausarzt über fachärztliche Behandlung und deren Ergebnisse informiert wird.
Letztendlich jedoch liegt das Problem beim Arzt.

H. Pillau (14) schlägt folgende Lösungen vor:

1. Die Leistungen des zugezogenen Teilgebietsarztes nur zu honorieren, wenn er die Beantwortung der Überweisung nachweisen kann
2. Besondere Sorgfalt bei der Auftragserteilung anzuwenden: gezielte Fragen stellen und konkret um Mitarbeit ersuchen.
3. Nicht nur die Teilgebietsbezeichnung, sondern auch den Namen eines bestimmten Kollegen auf den Überweisungsschein aufzuschreiben. Nicht antwortenden Kollegen keine Patienten mehr überweisen.

ad 1
Abgesehen von der Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit, würde diese Reglementierung den Arzt in seiner Eigenverantwortung einschränken und insbesondere den Patienten nicht nützen, die sehr oft den Hausarzt wechseln.

ad 2
Diese Möglichkeit ist in der untersuchten Allgemeinpraxis praktiziert worden, allerdings - von einem Facharzt abgesehen- ohne nachhaltige Wirkung.
Grundsätzlich stellt sie aber eine Vorbedingung dar, die Beantwortung der Überweisungen überhaupt anzuregen.

ad 3
Diesen Vorschlag halte ich für den besten. Nach meiner Vorstellung müßte dann der Allgemeinarzt eine nach Stadtgebieten geordnete Facharztliste führen, nach der eine für beide Teile zufriedenstellende Arztwahl getroffen werden könnte.
Ließe sich keine Übereinstimmung erreichen, müßte man dem Wunsch des Patienten nachgeben.

Der Arzt ist gewiß in seiner Berufsethik dem Wohl des Patienten verpflichtet, er sollte es deshalb nicht zulassen,daß der Patient durch mangelnden interdisziplinären Informationsaustausch Schaden nimmt.

4.3. Vergleich der praxisbezogenen Anforderungen im Falle der untersuchten Allgemeinpraxis mit den Anforderungen des Gegenstandskataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung GK III (Fassung von 1979) - Interpretation der Ergebnisse -

..." Der Erstfassung des Gegenstandskataloges III war oftmals der Vorwurf gemacht worden, daß die Stoffauswahl in den einzelnen Bereichen vor allem dem Gedanken der Vollständigkeit gefolgt war mit dem Resultat einer gewissen Überforderung der Studenten. Diesem Vorwurf mußte teilweise zugestimmt werden. Es war somit ein vordringliches Ziel der Überarbeitung der Gegenstandskataloge ... einer möglichen einseitigen Ausrichtung der Studenten auf die schriftlichen Prüfungen unter Vernachlässigung der praktischen Ausbildung entgegenzuwirken...
... Ein Grundgedanke für die Stoffauswahl war die Überlegung , daß die Gegenstandskataloge einerseits dasjenige Basiswissen für die Prüfung fordern, welches in Kombination mit praktisch-klinischer Erfahrungssammlung Voraussetzung für die Tätigkeit in der ärztlichen Praxis ist, welches aber andererseits auch für den Fall einer Facharzt- Weiterbildung ausreichende Grundkenntnisse in den einzelnen Fachrichtungen beinhaltet..." (2)

Hier erscheinen beide Auswahlkriterien für die Aufnahme von Prüfungsinhalten in den Gegenstandskatalog III:
<u>das in der ärztlichen Praxis notwendige und das für die spätere Facharztweiterbildung ausreichende Grundwissen</u>
als gleichberechtigt nebeneinander.

..." Ohne die Bedeutung des psychomotorischen und affektiven Sektors für die ärztliche Berufsausbildung zu verkennen, war jedoch ein Grundsatz zu beachten, den der ehemalige Präsident des National Board of Medical Examiners Philadelphia, Pennsylvania, Robert A. Chase, so formuliert hat:
" The knowledgeable physician deficient in " caring "
is admittedly incompetent, but the " caring " physician
without knowledge is dangerous." ... (2)

Die Behauptung, daß ein um das Patientenwohl bemühter Arzt, dem es an Wissen mangelt, gefährlich sei, daß aber mangelnde ärztliche Fürsorge bei guten Sachkenntnissen nur ein Zeichen von Unzulänglichkeit sei, unterstützt den Gedanken an die Vollständigkeit der Wissensvermittlung.
Sie führt dazu, lückenlos alle Datails eines Fachgebietes im Prüfungsstoffkatalog aufgeführt zu wissen, dem Fall vorbeugend, daß ein neuapprobierter Arzt einem medizinischen Problem ratlos gegenübersteht, weil der Gegenstandskatalog das entsprechende Wissen von ihm nicht gefordert hatte.

Der Rat, diesen Patienten zum Facharzt zu überweisen, gibt keine Antwort auf die Frage, warum man einen angehenden Arzt nicht mit der gesamten Fülle des medizinischen Wissens vertraut machen sollte.
Abgesehen von den eidetischen Eigenschaften, die dieser haben müßte, um die angebotenen Informationen " zu speichern " , und sie später im Beruf - im richtigen Augenblick - " abzurufen", kann ein Gegenstandskatalog, der alle Themen eines Fachgebietes gleichrangig behandelt, keine praxisorientierte Vorbereitung sein für die Mehrzahl der angehenden Ärzte.

Der Gegenstandskatalog III sollte deshalb schwerpunktmäßig die medizinischen Probleme, welche die Hauptlast der Allgemeinpraxis bilden, ausführlicher behandeln, und den Umfang der Prüfungsanforderungen der selten vorkommenden medizinischen Probleme einschränken.

Die Kriterien für die Stoffauswahl, welche als Maßstab für die Aufnahme der einzelnen Gegenstände in den Katalog dienen, sollte nach meiner Auffassung die Allgemeinpraxis liefern.

Meine Untersuchung befaßt sich mit den gynäkologischen Beratungsanlässen der Allgemeinpraxis.

Es zeigt sich, daß für alle in der untersuchten Allgemeinpraxis vorkommenden Beratungsanlässe ein entsprechender Prüfungsstoff in den Inhalten des Gegenstandskataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zu finden ist.

Darüber hinaus zeigt sich, daß der Allgemeinarzt die Behandlung einiger spezieller gynäkologischer Probleme dem Facharzt überläßt:
Störung der Ovulation, Infertilität, Störung im ersten Trimenon der Schwangerschaft, den Problemkreis der Geburt, zum Teil die Diagnostik und Behandlung der malignen und benignen Tumoren und Endometriose.

Man muß weitere Untersuchungen aus anderen Allgemeinpraxen - mit unterschiedlichen Einzugsgebieten - abwarten, bevor man eine Aussage darüber machen kann, ob die oben angeführten medizinischen Probleme im Allgemeinen nicht den Stellenwert in der Behandlung durch den Allgemeinarzt haben, den sie als Prüfungsanforderungen innerhalb der Themen des Gegenstandskataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung haben.

Wenn das jedoch der Fall ist, sollte eine über die Ursachen, Symptomatik und Grundprinzipien der Therapie hinausgehende Erörterung dieser Themen einer späteren Weiterbildung zum Facharzt vorbehalten sein.

Der Gegenstandskatalog III soll die Möglichkeit bieten, den angehenden Arzt hinsichtlich der kognitiven Voraussetzungen zur optimalen Bewältigung der in der Allgemeinpraxis gestellten Aufgaben zu prüfen.

Letztendlich soll durch das reibungslose Bewältigen der sachlichen Aufgaben Zeit gewonnen werden, um auch auf die psychischen Probleme der Patienten einzugehen.

V. Zusammenfassung

In einer Allgemeinarztpraxis in einer Kleinstadt mit 35 000 Einwonnern am Rande einer Großstadt wurden in den Jahren 1971 bis 1975 von 1541 Frauen 887 gynäkologisch beraten, das sind 57,5%. Es fanden 4940 Konsultationen gynäkologischer Art statt, das sind 6,1% aller Konsultationen.

An erster und zweiter Stelle der Beratungsursachen stehen: die Krebsvorsorgeuntersuchung mit 25% und gynäkologische Altersbeschwerden mit 21,2% der Konsultationen. Es folgen: gynäkologische Untersuchungen aus verschiedenen Anlässen mit 12,7%, Kontrazeption mit 11,9%, Ein- und Überweisungen zum Gynäkologen mit 11,3%, Schwangerenbetreuung mit 8,7%, entzündliche Beschwerden des Genitale mit 7,1%, Zyklusstörungen mit 6,9%, Mammaauffälligkeiten mit 6,7% und unter 2 %: Op- Nachbehandlung, Lage- und Haltungsauffälligkeiten des Unterleibs und Psychosomatik.

21,9% aller Patientinen, das sind 35,5% der gynäkologisch betreuten, wurden zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe ein- bzw. überwiesen, davon 21,5% auf eigenen Wunsch hin. In 40% der Fälle konnten die Gründe für die Ein- bzw. Überweisungen ermittelt werden.

An erster Stelle der Überweisungsanlässe stand die Bestätigung oder Weiterbehandlung von Genitalbefunden mit 31,5%, an zweiter Stelle spezifische Schwangerschaftsprobleme mit 20,9%. Weiter folgten Krebskrankheiten mit 12%, Klärung von Mammabefunden (ohne Mammographien) mit 10,2%, Behandlung von Deszensusbefunden mit 7,1%, Ovulationsstörungen mit 4,9%, gynäkologische Altersbeschwerden mit 4%, entzündliche Beschwerden am Genitale mit 3,1%, Kontrazeption und Op- Nachbehandlung mit jeweils 2,7% und psychosomatische Probleme mit 0,9%.

Trotz immer geäußerter Bitte um Mitarbeit, liegt die Rückantwortquote von niedergelassenen Facnärzten bei knapp 1 %. Das Gesamtergebnis von 30,7% der beantworteten Überweisungen geht wesentlich auf die Rückantwortfreudigkeit eines befreundeten Klinikarztes zurück.

Zur Verbesserung des interdisziplinären Informationsaustausches wird vorgeschlagen, nicht nur die Teilgebietsbezeichnung, sondern auch den Namen eines Facharztes auf den Überweisungsschein aufzuschreiben. Nicht antwortende Fachärzte müßten dann mit weniger Überweisungen rechnen.

Der Vergleich der praxisbezogenen Anforderungen im Falle der untersuchten Allgemeinpraxis mit den Anforderungen des Gegenstandskataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung GK III (Fassung von 1979) zeigt, daß folgende Themen nicht zu den anfallenden Aufgaben des Allgemeinarztes zählen:

Störungen der Ovulation, Infertilität, Störungen in der Frühschwangerschaft, Behandlung von malignen und benignen Tumoren, Endometriose und Entbindung.

Wenn Untersuchungen aus anderen Allgemeinpraxen dieses Ergebnis bestätigen, sollte eine über die Ursachen, Symptomatik und Grundprinzipien der Therapie hinausgehende Erörterung dieser Themen im Gegenstandskatalog III einer späteren Weiterbildung zum Facharzt vorbehalten sein.

Abschließend wird gefordert, daß die Anforderungen in der Allgemeinpraxis die Kriterien für die Stoffauswahl, welche als Maßstab für die Aufnahme der einzelnen Gegenstände in den GK III, liefern.

Die Prüfung nach dem Gegenstandskatalog III soll den angehenden Arzt dazu befähigen, die sachlichen Aufgaben der Allgemeinpraxis reibungslos zu bewältigen, um Zeit zu gewinnen, auch auf die psychischen Anliegen der Patienten einzugehen.

A N H A N G

Kurzfassung des Teilkatalogs: " Gynäkologie und Geburtshilfe " in Form einer Auflistung von Kapitelüberschriften.

1 DIE GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ENTWICKLUNG DER FRAU UND IHRE STÖRUNGEN

1.1 sexuelle Differenzierung und ihre Störungen

1. normale Geschlechtsentwicklung, 2. Störung der Geschlechtsentwicklung

1.2 Struktur der Fortpflanzungsorgane und der Brust

1. Anatomie und Topographie, 2. Fehlentwicklungen

1.3 Vorbereitungen der Fortpflanzungsfunktionen von der Geburt bis zur Pubertät

1. Veränderung der Fortpflanzungsorgane und Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, 2. Menarche, 3. Störungen der Entwicklung; gynäkologische Erkrankungen des Kindes und des Adoleszentenalters

1.4 Regelung der Fortpflanzungsfunktionen in der Geschlechtsreife. 1. Hormone, 2. Regelung, 3. Wirkungen

1.5 ovulatorischer Zyklus

1. Regelung und Veränderungen an den Fortpflanzungsorganen 2. Diagnostik der Zyklusphasen, 3. psychische und körperliche Veränderungen, 4, menstruelle Blutung, 5. Dysmenorrhoe und prämenstruelles Syndrom, 6. Blutungsanomalien

1.6 Störungen der Ovulation

1. Symptomatik, 2. Ursachen, 3. Diagnostik, 4. Therapie

1.7 Sterilität und Infertilität

1. Ursachen, 2. Diagnostik, 3. Therapie, 4. Adoption

1.8 Klimakterium

1. Veränderungen im Klimakterium, 2. klimakterisches Symdrom, 3. klimakterische Blutungen

1.9 Postmenopause und Senium

1. Veränderungen an den Fortpflanzungsorganen 2. gynäkologische Erkrankungen, 3. sozio- ökonomische Situation

1.10 Sexualleben der Frau

1. Sexualverhalten und Sexualakt, 2. Störungen des Sexualverhaltens

1.11 Stellung der Frau in der Gesellschaft

1. Einflüsse gesellschaftlicher Faktoren, 2. Lebensphasen

2 FAMILIENPLANUNG

2.1 demographische Faktoren. 1. Bevölkerungsentwicklung

2.2 Kontrazeption. 1. Motivierung, 2. ärztliche Indikationen

2.3 Methoden der Empfängnisverhütung

1. Zeitwahlmethoden, 2. mechanische und lokal-chemische Verhütungsmittel, 3. Intrauterinpessare, 4. hormonale Methoden, 5. operative Methoden, 6. Beratung und ärztliche Kontrolle

3 SCHWANGERSCHAFT UND RISIKOSCHWANGERSCHAFT

3.1 Konzeption, Implantation und ihre Störungen; Embryonalentwicklung. 1. Konzeption, 2. Eientwicklung und -wanderung, 3. Implantation und Plazentation, 4. Primitiventwicklung des Embryos, 5. Embryopathien

3.2 Entwicklung der Plazenta und des Feten

1. Plazenta, 2. Insuffizienz der feto-utero-plazentaren Einheit, 3. Fruchtwasser, 4. regelhafte Fetalentwicklung, 5. Fetopathien

3.3 Trophoblastenerkrankungen, Fehlgeburt, ektopische Schwangerschaft

1. pathologische Entwicklung des Trophoblasten
2. ektopische Schwangerschaft, 3. Fehlgeburt

3.4 Adaptation des mütterlichen Organismus und ihre Störungen

1. Gesamtorganismus, 2. Genitalorgane, 3. Störungen der Adaptation

3.5 Risikofaktoren in der Schwangerschaft

1. schwangerschaftsunabhängige Erkrankungen, 2. Infektionskrankheiten, 3. EPH- Gestose, 4. Blutgruppeninkompatibilität 5. Diabetes mellitus, 6. Mehrlingsschwangerschaften

3.6 Notfälle inder Schwangerschaft

1. Blutungen, 2. Krampfanfälle und komatöse Zustände
3. Notfälle bei vorzeitigem Blasensprung
4. intrauteriner Fruchttod

3.7 Betreuung von Risikoschwangerschaften

1. spezielle Überwachungsmethoden, 2. Einweisung in die Klinik

4 ÄRZTLICHE BETREUUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT

4.1 Letalität

1. mütterliche, 2. kindliche, 3. Morbidität, 4. Prophylaxe

4.2 Mutterschutzrecht

4.3 Diagnose der Schwangerschaft

1. Symptomatik, 2. Schwangerschaftsnachweis

4.4 Schwangerenbetreuung. 1. Anamnese und Untersuchungen, 2. Ernährung, 3. Hygiene, 4. Geburtsvorbereitung, 5. Pharmaka, 6. Impfung, 7. Strahlenexposition

4.5 pränatale Diagnostik

4.6 Schwangerschaftsabbruch

1. gesetzliche Regelung, 2. flankierende Maßnahmen, 3. Indikationen, 4. Methoden, 5. Komplikationen

5 GEBURT UND RISIKOGEBURT

5.1 regelhafte Geburt

1. Becken, 2. Geburtsobjekt und -mechanik, 3. Geburtskräfte 4. Vorzeichen, 5. Geburtseinleitung, 6. Geburtsverlauf

5.2 Leitung und Überwachung der Geburt

1. Mutter, 2. Fetus, 3. Abnabelung, 4. Geburtserleichterung

5.3 Risikofaktoren und Notfälle unter der Geburt

1. Formanomalien des Beckens, 2. Mißverhältnis, 3. Haltungs- und Einstellungsanomalien, Beckenendlage und Querlage, Mehrlinge, 4. Geschwülste und Fehlbildungen im Genitalbereich, 5. vorausgegangene operative Eingriffe am Uterus, 6 protrahierter Geburtsverlauf, 7. vorzeitiger Fruchtwasserabgang, 8. Frühgeburt, 9. Nabelschnurkomplikationen, 10. Blutungen, 11. Krampfanfälle und komatöse Zustände, 12. akute Schmerzzustände

5.4 Notfälle in der Plazentar- und Postplazentarperiode

1. verstärkte Blutungen, 2. Schockerscheinungen

5.5 kindliche Gefahrenzustände. 1. Ursachen 2. Pathophysiologie, 3. Diagnostik, 4. erste Maßnahmen

5.6 Neugeborenes

1. Adaptation des Neugeborenen, 2. Untersuchung, Beurteilung und Versorgung des Neugeborenen, 3. Adaptationsstörungen 4. Geburtsverletzungen, 5. zerebrale Schäden, 6. in der Schwangerschaft erworbene Erkrankungen des Kindes, 7. Früh- und Mangelgeburt, 8. Reanimation des Neugeborenen 9. pädiatrische Fachbehandlung

6 WOCHENBETT (verkürzte Darstellung, da im Text keine Aussagen über Kapitel 6 gemacht wurden)

6.1 postpartale Umstellung
6.2 puerperale Erkrankungen
6.3 Laktation und ihre Störungen

7 ENTZÜNDUNGEN DER WEIBLICHEN FORTPFLANZUNGSORGANE

7.1 Physiologie des unteren Genitaltraktes
1. Sekretion, 2. Mikrobiologie
7.2 Fluor genitalis
7.3 Infektionen des inneren und äußeren Genitale
7.4 Spätfolgen entzündlicher Erkrankungen
7.5 entzündliche Erkrankungen nichtinfektiöser Genese

8 GESCHWÜLSTE DER WEIBLICHEN FORTPFLANZUNGSORGANE

8.1 Tumorart und Häufigkeit
8.2 maligne Tumoren. 1. Vulvakarzinom, 2. Zervixkarzinom, 3. Korpuskarzinom, 4. Ovarialtumoren, 5. Mammakarzinom
8.3 psychologisch und sozialmedizinische Aspekte der Krebskrankheit: 1. psychologische Führung, 2. Nachsorge, 3. Rehabilitation
8.4 Früherkennungsuntersuchung und Grundzüge der Karzinomfrüherkennung. 1. Aufgabe der Früherkennungsuntersuchung, 2. Durchführung der programmierten Untersuchung
8.5 wichtige gutartige Tumoren. 1. Uterusmyome, 2. Ovarialtumoren, 3. gutartige Tumoren der Brustdrüse
8.6 Endometriose
1. Lokalisation und Symptomatik, 2. Diagnostik und Therapie

9 LAGE- UND HALTUNGSVERÄNDERUNGEN DER ORGANE DES KLEINEN BECKENS

9.1 Topographie der weiblichen Genitalorgane
1. normale Topographie, 2. Blasenverschluß
9.2 Veränderung der Topographie und ihre Folgen
1. Deszensus und Prolaps, 2. Ursachen, 3. Symptomatik
4. Harninkontinenz, 5. Auswirkungen, 6.Blasenentleerungsstörungen
7. Therapie von Deszensus, Prolaps und Harninkontinenz
8. Prophylaxe

VII. Literaturverzeichnis

(1) BARTSCH, W.:

Beratungsspektrum der allgemein-medizinischen Praxis,
Dtsch. Ärztebl. 11 (1978) 653

(2) BOELCKE, G.:

Einleitung zum Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (zweite Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom Februar 1978), Seite 9.
Herausgeber: Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, Schmitt / Bödige, Mainz, 2. Auflage 1979

(3) ENGELMEIER, K.:

Die am häufigsten vorkommenden Krankheitsfälle in einer Allgemeinpraxis,
Landarzt 39 (1963) 592

(4) ERNST, B.:

Ambulante Überweisungstätigkeit
Z. Allgemeinmed. 54 (1978) 762- 766

(5) FREISING, S.:

Analyse einer Stadtpraxis,
Prakt. Arzt 3 (1969) 132

(6) HAEHN, K. D.:

Leistungsspektren von fünf Allgemeinpraxen,
Prakt. Arzt 8 (1972) 970

(7) HAMM, H.:

Allgemeinmedizin, ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Ärzte und Studenten,
Thieme Verlag Stuttgart (1975) 1 - 5

(8) HÄRTER, G.:

Gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchungen, Organisation und Ergebnisse in einer Allgemeinpraxis von 1971 bis 1976, Forum des Praktischen Arztes 17, 2 (1978) 5 -9

(9) HÄUSSLER, S.:

Beratungsursachen in der Allgemeinpraxis, Dtsch. Ärztebl. 5 (1967) 241

(10) HÖVELS, O.:

Beratungsanlässe bei Kindern in einer kinderärztlichen Fachpraxis und zwei Allgemeinpraxen, Der Kinderarzt 10, 5 (1979) 787 - 795

(11) KERNBICHLER, A.:

Analyse einer Allgemeinpraxis, Dissertation / Institut für medizinische Statistik, Kiel (1973)

(12) MEIER, D.:

Gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchungen in einer Allgemeinpraxis, Dissertation aus der Frauenklinik der Fakultät für klinische Medizin Mannheim / Universität Heidelberg

(13) MORRELL, D. C.:

Expressions of morbidity in general practice, Brit. Med. J. (1971/72) 454- 458

(14) PILLAU, H.:

Effektivität der gegenseitigenInformation: Arztbriefe Praxis- Praxis, Z. Allgemeinmed. 5 (1977) 272- 273

(15) PROSENC , F.:

in " Der Praktische Arzt heute " hrsg von
P. Brandlmeier, G. Krusi. Huber, Bern (1968)

(16) RITTER , H.:

Die Fallverteilung in Klinik und Praxis,
Münch. med. Wschr. 114 (1972) 126

(17) SCHÜTTRUMPF , B.:

Finanzielle Dimensionen ärztlicher Tätigkeit,
Schleswig Holsteinisches Ärzteblatt 4 (1979) 179

(18) SCHULZE, H.:

Das Arbeitsfeld der Allgemeinmedizin,
Therapeutische Gegenwart 108 (1969) 1818- 20

(19) WÜSCHER , H.:

Über die Häufigkeit der einzelnen Krankheiten
in der allgemeinen Praxis,
Schweiz. med. Wschr. 22 (1940) 485
und 45 (1960) 1290

(20) OHNE VERFASSER:

Neu Isenburg - Stadtentwicklungsplanung, Band 1:
Grundlagen, durchgeführt von PROGNOS AG, Basel 1974

(21) OHNE VERFASSER:

Daten zu Struktur der Wohnbevölkerung in Frankfurt
am Main, Statistisches Jahrbuch Frankfurt,

Sonderheft 24, Jahrgang 1971

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med.
H.- G. Siedentopf für seine kollegiale Beratung
und Erteilung wertvoller Hinweise,
sowie Herrn Proffessor Dr. med. O. Hövels
für die Korrekturen.
Zu Dank bin ich Herrn Dr. med. Hayn aus Neu Isenburg
verpflichtet, der mir großzügig seine Krankenkartei
zur Auswertung überließ.

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die
dem Fachbereich Humanmedizin Frankfurt a.M.
zur Promotion eingereichte Arbeit mit dem Titel:

GYNÄKOLOGISCHE BERATUNGSANLÄSSE
IN EINER ALLGEMEINPRAXIS
AM RANDE EINER GROßSTADT

unter Leitung von Prof. Dr. H.- G. Siedentopf
mit Unterstützung durch Prof. Dr. O. Hövels
und Herrn Dr. H. Hayn

ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der
Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der
Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.
Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen
Medizinischen Fakultät ein Gesuch um Zulassung
zur Promotion eingereicht noch die vorliegende
Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Frankfurt, den 11. Mai 1983

Unterschrift

L E B E N S L A U F

Ich wurde am 15. September 1953 in Hindenburg/ Oberschlesien als einziges Kind von Oskar Ziolko und seiner Ehefrau Ruth, geborene Spruch, geboren.
Von 1960 bis 1967 besuchte ich die Volksschule in Gleiwitz. Nach dem Tode meines Vaters 1965 bemühte sich meine Mutter um Ausreise in die BRD.

Im August 1967 verließen wir Gleiwitz und zogen nach Köln. Hier besuchte ich 6 Jahre lang das Städtische Aufbaugymnasium und erwarb im Mai 1973 das Zeugnis der allgemeinen Hochschulreife.

Nach Ableistung von 6 1/2 Monaten Grundwehrdienst bei der Bundeswehr erhielt ich im Mai 1974 die Zulassung zum Medizinstudium an der Johann- Wolfgang- Goethe Universität in Frankfurt am Main.
Im August 1976 bestand ich meine Ärztliche Vorprüfung, im August 1977 den Ersten Abschnitt und im März 1981 den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Nach Absolvierung des Praktischen Jahres im Marienkrankenhaus in Frankfurt bestand ich am 12. Mai 1982 den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und erhielt am 27. Mai desselben Jahres die Approbation.

Einen Monat später heiratete ich Hedwig Mücke, meine jetzige Ehefrau, und änderte meinen Familiennamen.

Von Juli 1982 bis März 1983 leistete ich meine Restwehrdienstzeit als Arzt bei der Bundeswehr ab.

Roman Mücke